

当院における食道胃接合部癌の診療実績

さいたま赤十字病院 外科

○有路 登志紀、佐々木 滋、中村 純一、岡田 幸士、沖 彰、加藤 敬二、吉留 博之

【緒言】食道胃接合部癌の治療方針については一定の見解が得られていなかったが、胃癌治療ガイドライン改訂で長径4cm 以下における治療方針が示された。存在部位によって治療方針、郭清リンパ節の対象が異なってくる。当院における食道胃接合部癌症例とその治療戦略（術式、リンパ節郭清頻度）について検討した。リンパ節郭清指数、Stage、予後については別途検討した。

【対象】2010年4月から2014年3月の期間に R0手術を施行した食道癌33例、胃癌272例のうち食道胃接合部癌25例を対象とした。

【結果】占拠領域は E が0例、EG が6例、E=G が0例、GE が13例、G が6例であった。EG で扁平上皮癌2例を認め、その他腺癌23例であった。G は6例とも40mm 以上であり、胃全摘を施行した。＃11d,19,20の郭清頻度が低い傾向であった。GE では40mm 以下4例のうち2例で噴門側胃切除を施行。その際、9,11p,11dの郭清頻度が低い傾向であった。その他は胃全摘を施行したが、＃110,111の郭清頻度が低い傾向であった。EG 領域では40mm 以下は2例だった。6例とも右開胸食道亜全摘を施行したが、＃8a,9,11p の郭清頻度が低い傾向であった。

【考察】ガイドライン改訂以前の症例の検討であり、リンパ節郭清範囲にばらつきを認めた。特に胃領域では下縦隔リンパ節、食道領域では腹腔内リンパ節の郭清頻度が低い傾向であった。今後はガイドラインに準じ、占拠部位別にリンパ節郭清範囲を検討する必要があると考えられた。しかし、術前に範囲が確定できない症例や40mm 以上の症例については明確な基準はなく、今後の更なる症例の蓄積が必要と考えられた。

胃がんに対する低侵襲・機能温存手術

京都第一赤十字病院 消化器外科

○窪田 健一、高畠 和也、加藤 千翔、亀井 武志、名西 健二、熊野 達也、井村 健一、下村 克己、池田 純、谷口 史洋、塩飽 保博、池田 栄人

【はじめに】胃癌の手術は、この20年で大きく変化した。大動脈周囲の予防的リンパ節郭清が否定され、かつての拡大郭清から D2リンパ節郭清が標準手術に、そして早期がんに対しては縮小手術（D1+ リンパ節郭清）が許容されるようになった。ついで腹腔鏡手術が普及し、いかに患者さんへの負担を軽減するか、胃の機能を残すかが議論されるようになった。まずは1症例を提示し、最後にわれわれが取り組んでいる胃がんに対する低侵襲・機能温存手術について紹介する。

【症例】67歳、男性。胃体中部～上部小弯の0-IIb 病変。60mm 大。組織型 tub2> por。噴門からの距離約4cm。通常なら胃全摘となる症例であるが、深達度概ね M の小弯病変であり、短胃動脈領域のリンパ節郭清は省略可能と判断、胃全摘を回避し、噴門を保存した小弯全切を伴う胃亜全摘術を施行した。術中内視鏡で病変を確認した上で胃の切離ラインを決定し、腹腔鏡下に胃を自動縫合器にて切離した。残胃はほぼ穹窿部のみとなり、自動吻合器を用いてルーワイ再建を行った。術後は消化管術後食をほぼ全量摂取、11日目に退院となった。この症例では残胃は小さくとも噴門を残すことにより逆流が抑えられ、通常の幽門側胃切除とほぼ同等の食事摂取が可能になったと考えられる。われわれは低侵襲・機能温存手術をコンセプトとし、腹腔鏡下に以下のような機能温存手術に取り組んでいる。1) 幽門保存胃切除、2) 噴門保存胃亜全摘術（極小残胃）、3) 神経温存手術（迷走神経肝枝、腹腔枝など）。ただし、がんではないが胃・十二指腸粘膜下腫瘍（GIST、カルチノイドなど）に対して、腹腔鏡内視鏡合同手術による局所切除にも取り組んでいる。これにより切除範囲を最小限にすることができる。

O-4-49

Beyond trastuzumab により、手術可能となった多発肝転移を伴う HER2陽性胃癌の一例

横浜市立みなと赤十字病院 外科¹⁾、同 病理診断科²⁾

○小野 秀高¹⁾、中尾 詠一¹⁾、平井 公也¹⁾、藤原 大樹¹⁾、前橋 学¹⁾、中山 岳龍¹⁾、大山 倫男¹⁾、柿添 学¹⁾、中畠 雅之¹⁾、馬場 裕之¹⁾、阿部 哲夫¹⁾、杉田 光隆¹⁾、熊谷 二郎²⁾

症例は70歳、男性。心窩部不快感を主訴に近医受診。上部消化管内視鏡で胃体上部小弯側に3型病変を認め、胃癌の診断で、精査加療目的で当科紹介受診となった。精査の結果、両葉に多発肝転移を認め、化学療法の方針とし、Xeloda+CDDP+Trastuzumab (XP+HER) 開始。3コース後の CT では肝転移は縮小傾向を認め、PR と診断。6コース後にはさらに縮小するも、遺残を認めたため、XP+HER 療法を継続。12コース後の評価 CT で肝 S3転移の増大傾向を認めたため、PD と診断した。多発肝転移に XP+HER の効果があったこと、乳癌では Beyond Trastuzumab が有効であるとの報告があるとのことから、2nd line として Weekly Paclitaxel+Trastuzumab を施行する事とした。2コース終了後の評価 CT では SD の診断。6コース後の Dynamic CT では肝 S3に動脈相でわずかに enhance される LDA を認めるも、PET-CT では FDG の集積は消失。さらに9コース後の CT でも肝 S3の大きさは変わらないものの、原発巣は遺残したため、原発巣切除の方針とし、胃全摘・D2郭清・Roux-en-Y 再建・肝部分切除術を行った。術中所見では、肝 S2、S3表面に白色結節を認め、同部位を部分切除。病理結果では、S3表面にあった白色結節に腺癌を認め、最終診断は、UM,LessAnt,yType0-IIc,tub2> por2> sig,yipT4ap,N2,M1 (Liver),fStageIV であった。術後は、POD4に経口摂取を開始し、POD16に軽快退院となった。現在、外来で Weekly Paclitaxel+Trastuzumab 継続中である。多発肝転移を伴う HER2陽性胃癌に対して XP+HER 療法で切除可能となった報告は認めるものの、Beyond Trastuzumab を用いて切除しえた報告は認めらない。今回非常に稀な症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

O-4-51

噴門部領域の胃粘膜下腫瘍に対する腹腔鏡下胃内手術の検討 那須赤十字病院 外科

○五十嵐 高広、磯部 雄二郎、後藤 卓也、谷 紀幸、河島 俊文、青木 真彦、城戸 啓、小島 正夫、田村 光

【目的】5cm 以下の胃粘膜下腫瘍（SMT）に対しては鏡視下手術の相対適応とされるが、噴門部の SMT については手術手技の困難さ、変形・通過障害による術後機能障害などの問題点が挙げられる。切除範囲の縮小による機能温存術式として腹腔鏡・内視鏡合同胃局所切除術（LECS）が普及しつつあるが、当院においては腹腔鏡下胃内手術を施行しており良好な成績を得ている。その治療成績につき検討し報告する。

【方法】平成16年4月より平成27年3月までに鏡視下手術を施行された噴門部 SMT 症例（7例）を対象とした。

【結果】4例に腹腔鏡下胃部分切除術、3例に腹腔鏡下胃内手術が施行された。部分切除術は大彎側病変3例、小彎側病変1例に施行された。胃内手術は3例とも小彎側病変に施行された。手術時間は42-303分（中央値180分）、出血量は5-50ml（中央値20ml）、術後在院日数は7-11日（中央値11日）であった。全例とも術後合併症は認めなかった。腫瘍径は10-50mm（中央値35mm）であった。病理組織検査結果は GIST が4例（全て低リスクであった）、GIST を除く GIMT が3例であった。全症例とも再発を認めていない。小彎側病変に対して部分切除術を行った1例で、術後に施行した上部消化管内視鏡で食残を認めた。

【考察】噴門部小彎の病変では手術時間は長い傾向にあった。胃内手術は管外発育型以外の腫瘍に対しては管外からのアプローチを必要とせず、特に噴門部小彎に生じて迷走神経を含む小彎脂肪組織に被覆されるような SMT に対しては術後機能を温存する方法として有効な術式の一つと考えられる。

O-4-50

小腸転移による腸重積で発症した胃癌の1例

伊達赤十字病院 外科

○増田 穂高、高橋 幸二、中川 勇希、坂口 充弘、田村 佳久、山岸 農、熊本 幸司、藤井 幸治、松本 英一、宮原 成樹、楠田 司

症例は66歳の男性。術前1ヵ月前より腹痛、食欲低下認めていたが、放置していた。術前2日前に全身倦怠感、脱力で動けなくなったことを主訴に当院救急外来受診。腹部 CT 検査では左側腹部と骨盤腔内の2箇所に恐らく腫瘍を先進とした腸重積像を認め、腸間膜内にいくつか腫大リンパ節が疑われ、悪性疾患による一連の変化が疑われた。精査にて小腸腸重積による腸閉塞の診断にて入院となった。また、右骨盤骨に転移を疑う骨破壊像、副腎にも軽度結節病変を認めた。入院後の胸部 CT 検査では、腫大した4×7cm 大の右腋窩リンパ節転移を認めた。上部消化管内視鏡検査では胃角部大弯やや後壁よりに周堤を伴う3cm 大の深ばれの潰瘍性病変を認めた。生検では低分化腺癌が疑われた。腸重積により閉塞所見を認めたため、準緊急手術の方針となった。術中所見では腹膜播種、肝転移はなく、胃角部大弯やや後壁よりに粘膜下様の腫瘍性病変を触知したが、漿膜面への浸潤は認めなかった。トライツ韌帯から150cm、そこから170cm の回腸で重積しており、さらに肛門部の重積部位より50cm の回腸に鶏卵大の腫瘍を認めた。腫瘍性病変を含むように小腸部分切除術施行した。同時に右腋窩リンパ節に対しては FNA 施行し、胃の生検結果、小腸腫瘍の迅速断端結果と結果が酷似していたため、胃癌の全身転移と判断し、胃切除は行わず、術後化学療法をする方針とした。病理検査結果では小腸腫瘍は未分化癌と診断された。小腸に遠隔転移を来しやすい悪性腫瘍として肺癌が知られているが、胃癌から小腸への遠隔転移はまれである。今回われわれは小腸への遠隔転移による腸重積で発症した胃癌小腸転移の1例を経験したので報告する。

O-4-52

虫垂に関連した絞扼性イレウスの2例

長岡赤十字病院 小児外科

○倉八 朋宏、広田 雅行、金田 聡

【はじめに】

急性虫垂炎における、術前の麻痺性イレウスや術後の癒着性イレウスはしばしば経験される。しかし、虫垂を起点とした絞扼性イレウスは稀である。今回、我々は別々の機序で起こった虫垂に関連する絞扼性イレウスを経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

【症例】

症例1：7歳男児。急性虫垂炎の保存療法中に、腹痛、発熱が特続するため造影 CT を施行した。臍周囲で腸管の捻転に伴う closed loop 形成する所見を認め、緊急手術を施行した。CT で指摘された位置で、虫垂先端に大網が癒着し形成されたバンドを認め、ここに小腸が入り込み内ヘルニアを起こしたと考えられた。

症例2：5歳男児。8日前から間欠的な腹痛、嘔吐で近医を受診した。症状の改善なく、イレウスの診断で転院となった。CT で closed loop を伴い絞扼性に行進する可能性がある小腸閉鎖を認め、緊急手術を施行した。虫垂の先端が Bauhin 弁から69cm の位置で小腸に附着し、その隙間に小腸が入り込んでいた。小腸の虫垂附着部には小腫瘍を認め、虫垂切除と虫垂附着部の小腸部分切除を行った。小腫瘍の病理所見は内面に胃粘膜を認め、メッケル憩室と考えられた。

【結語】

いずれの症例も虫垂が腹腔内臓器に癒着し、バンドを形成し内ヘルニアを起こしたと考えられた。病理所見と経過より、症例1では急性虫垂炎が、症例2ではメッケル憩室が起因となり炎症性の癒着が起ったと考えられた。手術歴のない小児においても、絞扼性イレウスへ進行する可能性があることを考慮し、症状の変化に十分留意する必要がある。